

CULPABILIDAD Y ENFERMEDADES MENTALES. LA JUSTIFICACIÓN DEL CASTIGO PENAL .

PEDRO ROS ALCARAZ

Abogado ejerciente de los Ilustres Colegios de Cartagena y Madrid. Socio de FICP

e-mail: novajuridica@pedroros.es

Resumen: La culpabilidad consiste en la infracción de las obligaciones personales impuestas por el Derecho. La idea de culpabilidad expresa el reproche que el Derecho atribuye a una persona por haber infringido las normas jurídicas, ya sea a título de dolo o de culpa, así se desprende del enunciado del artículo 5 del código Penal. Ahora bien, resulta necesario analizar la respuesta penal frente aquellas personas que padecen enfermedades mentales y modular adecuadamente la justificación del castigo penal mediante la imposición de penas o medidas de seguridad.

Palabras clave: Culpabilidad, imputación, trastorno mental, eximente, atenuantes, penas, medidas de seguridad.

Summary: Guilt is the infringement of personal obligations imposed by law. The idea of guilt expresses the criticism that the law gives to a person for having infringed the rules of law, whether by way of intent or fault, so it appears from the wording of Article 5 of the Penal Code. Now it is necessary to analyze the criminal response against those with mental illnesses and modular adequately justification of criminal punishment by imposing penalties or security measures.

Keywords: Guilt, accusation, mental disorder, defense, mitigation, penalties, security measures.

I.- CONCEPTO DE CULPABILIDAD.

El Derecho penal sanciona acciones humanas, lo que presupone un sujeto que posee autoconciencia y obliga a preguntar por el contenido y función que el sistema penal asigna al aspecto subjetivo del hecho. Pues bien, desde el plano de los fundamentos, el

contenido de este elemento del delito se articula en la tensión entre dos principios que constituyen sus límites: el principio de responsabilidad subjetiva, en su doble vertiente de principio de dolo e imprudencia y exigencia de proporcionalidad entre la gravedad de la pena y el grado de desvalor subjetivo de la acción, y el principio *cogitationis poenam nemo patitur*.

El reconocimiento expreso de la exigencia de dolo o imprudencia, como fundamento de la pena y como elemento del delito, en los artículos 5 y 10 del Código Penal y la regulación del error en el artículo 14, donde se contemplan los efectos de la ausencia de alguna de estas dos formas de imputación subjetiva. Por otro lado, la disposición contenida en el artículo 12 del Código Penal, instaura un sistema de incriminación del delito imprudente, en forma expresa y en lista cerrada: “*Las acciones u omisiones imprudentes sólo se castigarán cuando expresamente lo disponga la Ley*”

Como concepto normativo, podemos decir que la culpabilidad es el reproche al sujeto por el hecho que comete.

Ahora bien, el vocablo "culpabilidad" es empleado en la doctrina penal en varios sentidos: Bien como una categoría dogmática, que para algunos forma, parte del concepto de delito en cuanto que, para otros, constituye el presupuesto de aplicación de la pena. En este primer sentido, se trata de un concepto meramente dogmático cuyos elementos lo constituyen la capacidad de culpabilidad, conocimiento de la antijuricidad y la exigibilidad de la conducta conforme a derecho.¹

En segundo sentido, la culpabilidad también suele ser comprendida como un elemento de graduación de la pena, en donde se establece, bajo el principio de proporcionalidad, una relación entre culpa y castigo.

Finalmente, por culpabilidad también se entiende a la fijación de la necesaria comprobación de la presencia del dolo o culpa para la admisión de la responsabilidad penal, en oposición a la responsabilidad objetiva. Se trata, en efecto, del establecimiento de una garantía en contra de los excesos de la responsabilidad objetiva, pero también una

1

¹ CEREZO MIR, S. REVISTA JURÍDICA LA LEY 1988. LOS PROGRESOS EN LA REALIZACIÓN DEL PRINCIPIO DE CULPABILIDAD.

exigencia que se suma a la relación de causalidad para reconocer la posibilidad de imponer una pena. A esta última acepción la doctrina jurídico-penal tradicional la ha identificado como "principio de culpabilidad".

Sin embargo, hablar del "principio de culpabilidad" en su acepción tradicional no resulta adecuado cuando se alude a los límites que se le debe imponer *al ius puniendi* dentro de un Estado Social, Democrático y de Derecho, por lo que las funciones que se derivan del concepto de culpabilidad como "individualizar la pena" y "fundamentar la pena" planteará algunas dificultades en consideración a la interdependencia entre la culpabilidad por el hecho y las consideraciones legislativas de prevención general o especial que establezca la política criminal.

Quizás de lo que se trate es admitir una perspectiva amplia del principio de culpabilidad que englobe no sólo a la presencia del dolo o la culpa sino a todos aquellos presupuestos que determinan por qué se aplica y justifica la imposición de una pena o medida de seguridad.

II.- LAS ENFERMEDADES MENTALES

1. Concepto científico.

Desde un punto de vista puramente científico, podemos decir que las enfermedades mentales son alteraciones de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, consideradas como anormales con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se puede tratar de alteraciones en el razonamiento, en el comportamiento, en la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos

mentales. Además, el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, psicopatología.²

Debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen ambiental, familiar, psicosocial y psicológico, teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.

1.1. La Salud mental.

En contraposición, la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*».³

Si aceptamos como buena dicha definición, tendríamos que aceptar tácitamente que el estado mental forma parte de la evaluación general del estado de salud de cualquier sujeto y por tanto nadie podrá ostentar un nivel óptimo de salud si no se da la doble condición del binomio “física y mental”, pues ésta última va implícita en el estado de salud como algo indisociable.

2

¹ CROSS-DISORDER GROUP OF THE PSYCHIATRIC GENOMICS CONSORTIUM (SEPTEMBER DE 2013) *NATURE GENETICS* 45 (9): 984–995

3

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1946

No obstante, la concepción de la salud varía según el enfoque teórica y según que criterio de diagnóstico se haya utilizado, así como en función de las concepciones filosóficas, morales, psicológicas o sociales vigentes según el modelo médico predominante. Por tanto, esa carga valorativa plantea algunas dificultades para el operador jurídico y desde luego para el legislador en tanto que habrá líneas muy estrechas que separen lo que es normal de lo que es patológico.

1.2. Clases de enfermedades mentales.

En este punto quizá convenga reflexionar brevemente sobre las particularidades que el uso del concepto de enfermedad mental en psiquiatría forense puede presentar respecto de lo que se considera enfermedad o trastorno mental en la psiquiatría clínica.

La investigación de causas biológicas o fisiológicas para las alteraciones mentales es necesaria y útil para mejorar los conocimientos sobre el tratamiento y la prevención de los trastornos mentales, pero valorar distintamente la imputabilidad en dos cuadros con sintomatología parecida sólo porque para uno de ellos se haya logrado identificar, por ejemplo, alguna alteración a nivel hormonal, y para el otro (todavía) no, sería hacer depender la atribución de responsabilidad del nivel que casualmente otras disciplinas científicas hayan logrado alcanzar (LUTHE, R., STRUKTURALER ANSATZ). Se confirma con ello que el criterio del origen orgánico del trastorno no parece ser, por tanto, útil para la valoración de la imputabilidad.⁴

¹ LUTHE, R., «STRUKTURALER ANSATZ...», 1991, p. 240; RASCH, W., *FORENSISCHE PSYCHIATRIE*, 1999, p. 45, TAMBIÉN EL MISMO, *StV* 1991, p. 131. ESTE AUTOR AFIRMA QUE NO EXISTEN OTROS CRITERIOS MEJORES QUE EL DE ENFERMEDAD MENTAL DE LOS QUE PUEDA SERVIRSE EL PERITO EN RELACIÓN CON LA PROBLEMÁTICA DE LA IMPUTABILIDAD; LOS INTENTOS DE VALORAR LA CAPACIDAD PARA COMPRENDER LA ILICITUD DEL HECHO O PARA ACTUAR DE CONFORMIDAD CON ESA COMPRENSIÓN VALIÉNDOSE ÚNICAMENTE DEL ANÁLISIS PSICOLÓGICO DEL HECHO Y DEL AUTOR NO HABRÍAN CONSEGUIDO PROPORCIONAR CRITERIOS MÍNIMAMENTE VINCULANTES, DESEMBOCANDO EN LA ARBITRARIEDAD Y LA INSEGURIDAD.

Científicamente y con el fin de poder unificar criterios, se ha llegado a una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, ICD en inglés), promovido por la OMS, hoy el CIE-10.

Del mismo modo, la APA (American Psychiatric Association) ha promovido el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, hoy DSM-IV.

En documento ANEXO a este trabajo hacemos una clasificación de las enfermedades mentales según la Organización Mundial de la Salud cuya extensión es resulta impresionante y es una muestra de la multitud de enfermedades que pueden llevar al acusado a una sentencia absolutoria, o en su caso condenatoria con la atenuante que proceda.

2. Concepto Civil.

En el Derecho Civil se utilizan varios conceptos que es preciso aclarar. Se entiende por capacidad jurídica la aptitud del ser humano para ser titular de derechos y deberes, mientras que la capacidad de obrar es la aptitud para regirse a uno mismo, ejercer los derechos y deberes de los que se es titular, ser capaz de autonomía y de administrar los bienes propios.⁵

En general, se presupone que alguien que ha alcanzado la mayoría de edad tiene la capacidad de obrar, es decir, de ejercer unos derechos y deberes. El Derecho considera que los menores de edad, y algunos adultos en ciertas circunstancias, no tienen la capacidad suficiente para ejercer esos derechos.

Así pues, el adulto puede ser privado de la capacidad de ejercer determinados derechos, en función de sus *limitaciones intelectuales o volitivas*. Se considera que existen algunos derechos, denominados derechos personalísimos, de los que no se puede despojar al individuo, por estar muy cercanos a la propia existencia humana (derecho a la dignidad, a la integridad del propio cuerpo, etc). La incapacidad civil ha sido denominada por algunos como la muerte civil de la persona, ya que desde el mismo momento de la

sentencia de incapacidad, la persona pierde gran parte de su libertad que queda en manos de un tutor. Sin embargo, la legislación actual permite que la limitación de estas libertades pueda ser variable en función de las necesidades de cada caso.

Las causas de incapacidad según el artículo 200 del Código Civil "*Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma*". Como vemos, el único argumento que admite nuestra legislación es la falta de capacidad para gobernarse a sí mismo. Este concepto de falta de autogobierno puede ser interpretado de manera muy laxa por la autoridad judicial, ya que es un criterio muy ambiguo.

Cuando se inicia el procedimiento de incapacidad el Juez, como ordena la Ley (art 208 C.C.), debe oír a los parientes del presunto incapaz, examinarlo personalmente, y oír el dictamen emitido por un facultativo sobre el caso.

La incapacidad es una situación legal que puede ser revertida en caso de que sobrevinieran nuevas circunstancias en las que se produce una mejoría del trastorno o las secuelas que padezca el incapaz en lo que respecta a la capacidad de autogobierno.

Toda sentencia de incapacidad implica el nombramiento de una persona encargada de velar por los intereses del incapaz: el tutor, o en su caso, curador, en atención al grado de discernimiento, quienes deben informar de la evolución y de la situación del tutelado y su patrimonio al Juez que dictó la sentencia de incapacidad. Y de cualquier manera existen determinados actos que no puede realizar el tutor sin la autorización del Juez, conforme establece el artículo 271 del Código Civil.

3. Concepto Penal.

Es el artículo 20 del Código Penal, en sentido negativo, el que nos da el concepto de a tener en cuenta desde el punto de vista técnicamente jurídico para poder excluir la imputabilidad a consecuencia de padecer determinadas enfermedades mentales: "*Están exentos de responsabilidad criminal: El que al tiempo de cometer la infracción penal, a*

causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión”

Por tanto, la enajenación mental es uno de los casos que excluye la imputabilidad. La enajenación mental existe cuando el sujeto que al tiempo de cometer el delito, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no puede comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Si en el Derecho penal se exige el entendimiento, la intención, el propósito, la voluntad y el discernimiento, clara está la importancia de conocer cualquier supuesto de perturbación que de alguna forma limite tales pronunciamientos. El problema está en las dificultades que ofrece la patología, en cada supuesto de caso concreto cuando estudia las enfermedades mentales, primero en el diagnóstico y después en el pronóstico, si se quiere diferenciar la auténtica enfermedad mental de lo que, también en el contexto de la anormalidad, sólo se desenvuelve médicamente como simple síndrome o síntoma intrascendente, cuando no como momentánea afección de órganos o funciones concretas, supuestos en los cuales no puede hablarse penalmente de responsabilidad penal disminuida o anulada.⁶

1.

III.- LA IMPUTABILIDAD. EXIMENTES Y ATENUANTES

Son eximentes todos aquellos supuestos de hecho taxativamente fijados en el artículo 20 del Código penal, cuya concurrencia determina la exclusión de toda responsabilidad

criminal, por tratarse de causas de inimputabilidad, de justificación o de inculpabilidad.⁷ Evidentemente, son los supuestos en los que ha quedado plenamente acreditado que la anomalía o alteración impide al sujeto comprender la ilicitud el hecho o actuar conforme a esa comprensión, es un supuesto palmario de exclusión de responsabilidad penal que conllevará necesariamente la imposición de una medida de seguridad.

Ahora bien, cuando se trata de la eximente incompleta, por su parte, es una circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal prevista en el artículo 21.1ª del Código penal, que resulta aplicable en los casos en que, cometido un delito, no concurren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad criminal establecidos en los distintos supuestos del artículo 20 del Código penal, sino tan sólo algunos de ellos.

El trastorno mental transitorio supone una perturbación de intensidad y efectos psicológicos idénticos a los de la enajenación, si bien diferenciada por su incidencia meramente temporal, y por el carácter coyuntural del cuadro anulativo del libre albedrío del individuo. Y ello, en muchas ocasiones sobre una base constitucional morbosa o patológica, y en muchas otras, aún sin presuponer tara alguna condicionante o facilitadora de la alteración. Su característica radica en la aparición de una perturbación fugaz, de una reacción vivencial anormal, tan enérgica y avasalladora para la mente del sujeto, que le priva de toda capacidad de raciocinio, eliminando y anulando su potencia decisoria, sus libres determinaciones volitivas, siempre ante el choque psíquico originado por un agente exterior, cualquiera que sea su naturaleza. Fulminación de conciencia tan intensa y profunda que impide al agente conocer el alcance antijurídico de la conducta.⁸

La motivación del trastorno puede ser debida a elementos endógenos o inherentes a la personalidad del agente, o a causas exógenas, motivos circunstanciales o estímulos externos al sujeto, hechos emocionales o afectivos de cierta magnitud, capaces de anular plenamente la inteligencia (eximente plena) o de alterarla parcial y gravemente (eximente

7

¹ SSTS DE 3 DE ABRIL DE 2000 Y DE 16 DE JUNIO DE 2010

8

¹ SSTS DE 12 DE MARZO DE 2009, DE 2 DE JULIO DE 2010

incompleta).

Para apreciar la circunstancia de trastorno mental transitorio es esencial que las causas o estímulos que hayan incidido sobre el sujeto presenten una entidad suficiente para producir una imputabilidad disminuida.

El trastorno mental transitorio, en su doble modalidad de eximente completa e incompleta, puede tener su origen:

- 1) En la exacerbación repentina de una enfermedad mental subyacente.
- 2) En la embriaguez alcohólica cuando la misma alcanza una intensidad sensiblemente superior a la que justificaría la apreciación de la correspondiente atenuante genérica.
- 3) En la ingestión o asimilación de drogas estupefacientes o psicotrópicos en tales condiciones que sean capaces de obnubilar profundamente la inteligencia del sujeto o relajar con análoga fuerza su capacidad de inhibición.
- 4) En un arrebató u obcecación que haya provocado alteraciones en las facultades cognoscitivas y volitivas de quien lo padece, muy superiores a las que normalmente causan las situaciones pasionales o los estados emocionales.

IV.- EL CASTIGO PENAL

1. Las Penas.

Desde el punto de vista de su naturaleza jurídica, la imputabilidad es para la inmensa mayoría de la doctrina una cuestión propia del juicio de culpabilidad, generalmente el primer momento de este juicio (imputabilidad como capacidad de culpabilidad). Ello supone que la valoración de los efectos de los trastornos mentales sobre la responsabilidad penal es posterior a la comprobación de que el sujeto ha cometido un hecho típico y antijurídico, con las consecuencias sistemáticas que ello comporta fundamentalmente a cuatro niveles: (1) el hecho antijurídico del inimputable genera responsabilidad civil (por lo que se considera lógico y correcto lo que dispone el código penal en el art. 118.1.1ª y 2ª); (2) frente a la agresión —antijurídica— del inimputable

cabe defenderse legítimamente; (3) la eventual participación de terceros en el hecho del inimputable es participación en un hecho antijurídico; y (4) la actuación del inimputable cumple los requisitos para que se le puedan imponer, en caso de resultar necesario por su peligrosidad, medidas de seguridad (art. 95.1.1ª: “Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito”).

La cuestión que se plantea en estos casos para una sistemática que considere la imputabilidad como capacidad de culpabilidad es determinar cuál sea la calificación jurídico-penal correcta: si la razón de la ausencia de responsabilidad penal debe seguir radicando en la situación de inimputabilidad, o si estos supuestos deberían calificarse respectivamente como ausencia de acción, error de tipo o de prohibición, miedo, etc., y ello con las consecuencias que la decisión en uno u otro sentido comporta, y a las que he aludido líneas arriba: si la agresión del inimputable que actúa en error de tipo es atípica, no cabrá frente a ella posibilidad de legítima defensa sólo, en su caso, estado de necesidad, la participación de terceros no sería punible según la dominante teoría de la accesoriedad limitada (salvo que llegara a poderse calificar como autoría mediata), y, sobre todo, no cabría imponer medidas de seguridad según la interpretación mayoritaria, que entiende la exigencia del art. 95 CP de que se haya cometido un hecho previsto como delito en el sentido de que se trate de un hecho típico y antijurídico.

Por lo que se refiere a las cuestiones de legalidad, el problema no radica sólo en cómo deba interpretarse la expresión hecho previsto como delito que utilizan los arts. 6 y 95 del Código penal. Es cierto que, como ha destacado la doctrina, si por tal hecho ha de entenderse un hecho típico y antijurídico los supuestos más problemáticos serán aquellos en los que el *trastorno mental* haga desaparecer un elemento del injusto, mientras que si a causa de la anomalía psíquica el sujeto incurre, por ejemplo, en un error de prohibición, el problema sería de menor alcance, porque sea cual sea la calificación que se considere más adecuada (aplicar el artículo 20 del CP o el artículo 14.3), la vía de las medidas continuaría estando abierta. Sin embargo, esta última afirmación no es del todo correcta, porque si bien en esos casos sí tendríamos un hecho previsto como delito, nuestro Código penal exige más cosas cuando regula los presupuestos de aplicación de las medidas de seguridad. En concreto, el art. 95 CP especifica que las medidas se aplicarán

solo a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código. Y tales supuestos, enumerados en los arts. 101 a 104, consisten en que la persona haya sido declarada exenta de responsabilidad criminal conforme a los números 1º, 2º y 3º del artículo 20 CP (arts. 101, 102 y 103 CP), o bien se haya aplicado una eximente incompleta en relación con los números 1º, 2º y 3º del artículo 20 (art. 104 CP).

Luego según el tenor literal del Código penal la existencia de un hecho típico y antijurídico cometido por alguien que padece un trastorno mental no es suficiente para la imposición de una medida de seguridad, sino que es necesario, además, que esa persona haya sido declarada exenta de responsabilidad precisamente por una de las causas de inimputabilidad de los tres primeros números del art. 20 CP, y no por otra causa de exención de las que prevé el texto punitivo, ya sea en algún otro de los ordinales del art. 20, o en un precepto distinto. De ahí que, en mi opinión, la aplicación de medidas de seguridad deviene problemática en más casos de los que ordinariamente considera la doctrina.⁹

2. Medidas de Seguridad

En el Código Penal, además de los criterios para determinar la inimputabilidad, se regulan las acciones legales que se puedan adoptar una vez dictada una sentencia firme.

Es obvio que si un acusado es declarado no imputable en razón de una enfermedad mental, es necesario plantearse la adopción de acciones preventivas con el fin de evitar que se cometan nuevos actos delictivos. Para este fin existen las medidas de seguridad.

En nuestro país han existido medidas de seguridad de carácter pre-delictual, en las que se consideraba que se debían adoptar medidas antes de que se cometiera un delito. Un ejemplo de esto fueron la Ley de Vagos y Maleantes, que fue sustituida por la Ley de

Peligrosidad y Rehabilitación Social, que estuvo en vigor hasta la promulgación de la Constitución de 1978. En la filosofía que había detrás de estas leyes quedaba como un valor primordial el mantenimiento del orden social, que podría ser puesto en peligro por enfermos mentales, vagabundos y marginados sociales. Desde 1978 leyes de estas características son claramente inconstitucionales, ya que vulneran el derecho a la libertad, entre otros derechos fundamentales.

En el momento actual, las medidas de seguridad tan sólo vienen recogidas en el Código Penal, y tienen un carácter post-delictual. Estas medidas de seguridad se sustentan sobre la base de los siguientes principios:

Principio de legalidad: toda medida de seguridad adoptada lo será en virtud de una sentencia firme. Con esto se pretende que sobre ellas exista un estricto control judicial.

Principio de peligrosidad criminal del sujeto: el artículo 6.1 señala "Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.

Principio de proporcionalidad: según el artículo 6.2 "Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor".

La aplicación del principio de proporcionalidad ha supuesto un cambio importante respecto a tiempos pasados en que las medidas de seguridad se mantenían hasta que el tribunal sentenciador lo considerase oportuno. En el caso de los enfermos mentales, éstos podían ser mantenidos en las instituciones psiquiátricas el tiempo que fuera necesario en virtud de sus necesidades de tratamiento, y la peligrosidad. Con el Código Penal de 1995 se ha puesto un límite a esta situación. La duración de la medida de seguridad no puede ser mayor que la condena de privación de libertad que le hubiera sido impuesta de haber sido declarado imputable.

En el momento actual se plantea el problema de que existen enfermos mentales que se encuentran en instituciones psiquiátricas en virtud de una medida de seguridad, y que deben ser dados de alta prematuramente en cumplimiento de la ley, aunque se le considere de alta peligrosidad criminal.

En casos extremos el psiquiatra responsable del paciente, deberá valorar la posibilidad de prolongar el internamiento, pero esta vez con un carácter civil, con las regulaciones propias del Código Civil, que ya hemos analizados en otro epígrafe.

Existen distintos tipos de medidas de seguridad:

Medidas privativas de libertad: en este apartado se incluyen el internamiento en un centro psiquiátrico, en un centro de deshabitación y en un centro educativo especial.

Medidas no privativas de libertad: entre las que destacamos; la sumisión a tratamiento en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario; prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas; la privación del derecho a la conducción de vehículos de motor y ciclomotores; custodia familiar, quedando al cuidado del familiar que se designe; sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual, o similares. (art 106.1).

En consecuencia, la imposición de una medida de seguridad no exige la anti-normatividad del hecho cometido ni, por tanto, la presencia de elemento subjetivo alguno: Mientras que la pena, como mecanismo de estabilización, presupone la previa producción de un hecho que constituya negación de la norma, la medida de seguridad, por su carácter cognitivo, puede vincularse estrictamente a los datos de la lesión del bien jurídico y la peligrosidad que ella manifiesta. Si el hecho objetivamente antijurídico cometido atentatorio de un bien jurídico-penal de modo típico y no justificado refleja, pese a todo, la peligrosidad del sujeto, entonces concurre el presupuesto para imponer alguna de las medidas de seguridad previstas en el C.P. Y ese carácter sistemático se hará patente cuando la ausencia de consciencia, de dolo, o de otros elementos subjetivos se

explique precisamente como consecuencia de la perturbación psíquica padecida por el sujeto peligroso.¹⁰

BIBLIOGRAFIA

Sanz-Diez de Ulzurru Lluç. Dolo e Imprudencia en el Código Penal Español (2007) Editorial Tirant Lo Blanch.

CEREZO MIR, Santiago, “Principales reformas del código penal español introducidas en 1983.Los progresos en la realización del principio de culpabilidad. REVISTA LA LEY 1988.

Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM: Psiquiatría Legal y Forense, La Ley -Actualidad, Madrid 1996.

ACTUAL DOCTRINA DE LA IMPUTABILIDAD PENAL. Editorial: Consejo General del Poder Judicial. Varios autores. 2007.

ELADIO JOSE MATEO AYALA. La eximente de anomalía o alteración psíquica en el derecho penal comparado : Alemania, Italia y Francia., Editorial Dykinson 2007.

MANUEL JOSE ARIAS EIBE. Responsabilidad Criminal. Circunstancias Modificativas. Editorial. J.M. Bosch Editor, S.A. 2007.

ANEXO.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES MENTALES POR LA O.M.S. CIE-10

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.

F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz.

F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío.

F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta.

F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación.

F01 Demencia vascular.

F01.0 Demencia vascular de inicio agudo.

F01.1 Demencia multi-infarto.

F01.2 Demencia vascular subcortical.

F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical.

F01.8 Otras demencias vasculares.

F01.9 Demencia vascular sin especificación.

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.

F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick.

F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

- F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington.
- F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson.
- F02.4 Demencia en la infección por VIH.
- F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

F03 Demencia sin especificación.

F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.

F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas

- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia.
- F05.1 Delirium superpuesto a demencia.
- F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga.
- F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

- F06.0 Alucinosis orgánica.
- F06.1 Trastorno catatónico orgánico.
- F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.
- F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.
- F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.
- F06.5 Trastorno disociativo orgánico.
- F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.
- F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.
- F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.
- F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

- F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.
- F07.1 Síndrome post-encefalítico.
- F07.2 Síndrome post-conmocional.
- F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotropas.

- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
- F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.

F19.0 Intoxicación aguda.

F19.1 Consumo perjudicial.

F19.2 Síndrome de dependencia.

F19.3 Síndrome de abstinencia.

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.

F19.5 Trastorno psicótico.

F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.

F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.

F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación.

F20-20.9 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

F20 Esquizofrenia.

F20.0 Esquizofrenia paranoide.

F20.1 Esquizofrenia hebefrénica.

F20.2 Esquizofrenia catatónica.

F20.3 Esquizofrenia indiferenciada.

F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

F20.5 Esquizofrenia residual.

F20.6 Esquizofrenia simple.

F20.8 Otras esquizofrenias.

F20.9 Esquizofrenia sin especificación.

F21 Trastorno esquizotípico.

F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.0 Trastorno de ideas delirantes.

F22.8 Otros trastornos de ideas delirantes persistentes.

F22.9 Trastorno de ideas delirantes persistentes sin especificación.

F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

F23.0 Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.

F23.1 Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.

F23.3 Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.

F23.8 Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.

F23.9 Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.

F25 Trastornos esquizoaffectivos.

- F25.0 Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco.
- F25.1 Trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo.
- F25.2 Trastorno esquizoafectivo de tipo mixto.
- F25.8 Otros trastornos esquizoafectivos.
- F25.9 Trastorno esquizoafectivo sin especificación.

F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.

F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

- F30 Episodio maníaco.
- F30.0 Hipomanía.
- F30.1 Manía sin síntomas psicóticos.
- F30.2 Manía con síntomas psicóticos.
- F30.8 Otros episodios maníacos.
- F30.9 Episodio maníaco sin especificación.

F31 Trastorno bipolar.

- F31.0 Trastorno bipolar, episodio actual hipomaníaco.
- F31.1 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos.
- F31.2 Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos.
- F31.3 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado.
- F31.4 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F31.5 Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F31.6 Trastorno bipolar, episodio actual mixto.
- F31.7 Trastorno bipolar, actualmente en remisión.
- F31.8 Otros trastornos bipolares.
- F31.9 Trastorno bipolar sin especificación.

F32 Episodios depresivos.

- F32.0 Episodio depresivo leve.
- F32.1 Episodio depresivo moderado.
- F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- F32.8 Otros episodios depresivos.
- F32.9 Episodio depresivo sin especificación.

F33 Trastorno depresivo recurrente.

- F33.0 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
- F33.1 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
- F33.2 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
- F33.3 Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
- F33.4 Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
- F33.8 Otros trastornos depresivos recurrentes.
- F33.9 Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.

- F34.0 Ciclotimia.

- F34.1 Distimia.
- F34.8 Otros trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F34.9 Trastorno del humor (afectivo) persistente sin especificación.

F38 Otros trastornos del humor (afectivos)

- F38.0 Otros trastornos del humor (afectivos) aislados.
- F38.1 Otros trastornos del humor (afectivos) recurrentes.
- F38.8 Otros trastornos del humor (afectivos).
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- F40 Trastornos de ansiedad fóbica
- F40.0 Agorafobia.
- F40.1 Fobias sociales.
- F40.2 Fobias específicas (aisladas).
- F40.8 Otros trastornos de ansiedad fóbica.
- F40.9 Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.

F41 Otros trastornos de ansiedad.

- F41.0 Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
- F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada.
- F41.2 Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- F41.3 Otro trastorno mixto de ansiedad.
- F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados.
- F41.9 Trastorno de ansiedad sin especificación.

F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.

- F42.0 Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
- F42.1 Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
- F42.2 Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
- F42.8 Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
- F42.9 Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

- F43.0 Reacción a estrés agudo.
- F43.1 Trastorno de estrés post-traumático.
- F43.2 Trastornos de adaptación.
- F43.8 Otras reacciones a estrés grave.
- F43.9 Reacción a estrés grave sin especificación.

F44 Trastornos disociativos (de conversión).

- F44.0 Amnesia disociativa.
- F44.1 Fuga disociativa.
- F44.2 Estupor disociativo.
- F44.3 Trastornos de trance y de posesión.
- F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad.
- F44.5 Convulsiones disociativas.
- F44.6 Anestiasias y pérdidas sensoriales disociativas.
- F44.7 Trastornos disociativos (de conversión) mixtos.

- F44.8 Otros trastornos disociativos (de conversión).
- F44.9 Trastorno disociativo (de conversión) sin especificación.

F45 Trastornos somatomorfos.

- F45.0 Trastorno de somatización.
- F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- F45.2 Trastorno hipocondríaco.
- F45.3 Disfunción vegetativa somatomorfa.
- F45.4 Trastorno de dolor persistente somatomorfo.
- F45.8 Otros trastornos somatomorfos.
- F45.9 Trastorno somatomorfo sin especificación.

F48 Otros trastornos neuróticos.

- F48.0 Neurastenia.
- F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.
- F48.8 Otros trastornos neuróticos especificados.
- F48.9 Trastorno neurótico sin especificación.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.0 Anorexia nerviosa.
- F50.1 Anorexia nerviosa atípica.
- F50.2 Bulimia nerviosa.
- F50.3 Bulimia nerviosa atípica.
- F50.4 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas.
- F50.5 Vómitos en otras alteraciones psicológicas.
- F50.8 Otros trastornos de la conducta alimentaria.
- F50.9 Trastorno de la conducta alimentaria sin especificación.

F51 Trastornos no orgánicos del sueño.

- F51.0 Insomnio no orgánico.
- F51.1 Hipersomnio no orgánico.
- F51.2 Trastorno no orgánico del ciclo sueño-vigilia.
- F51.3 Sonambulismo.
- F51.4 Terrores nocturnos.
- F51.5 Pesadillas.
- F51.8 Otros trastornos no orgánicos del sueño.
- F51.9 Trastorno no orgánico del sueño de origen sin especificación.

F52 Disfunción sexual no orgánica.

- F52.0 Ausencia o pérdida del deseo sexual.
- F52.1 Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.
- F52.2 Fracaso de la respuesta genital.
- F52.3 Disfunción orgásmica.
- F52.4 Eyaculación precoz.
- F52.5 Vaginismo no orgánico.
- F52.6 Dispareunia no orgánica.
- F52.7 Impulso sexual excesivo.
- F52.8 Otras disfunciones sexuales no debidas a enfermedades o trastornos orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no debida a enfermedad o trastorno orgánico.

F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.0 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar leves.

F53.1 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar graves.

F53.8 Otros trastornos mentales en el puerperio no clasificados en otro lugar.

F53.9 Otro trastorno mental o del comportamiento del puerperio, sin especificación.

F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.

F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

F60 Trastornos específicos de la personalidad.

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad.

F60.1 Trastorno esquizoide de la personalidad.

F60.2 Trastorno disocial de la personalidad.

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad.

F60.5 Trastorno anancástico de la personalidad.

F60.6 Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.

F60.7 Trastorno dependiente de la personalidad.

F60.8 Otros trastornos específicos de la personalidad.

F60.9 Trastorno de la personalidad sin especificación.

F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.

F61.0 Trastornos mixtos de la personalidad.

F61.1 Variaciones problemáticas de la personalidad no clasificables en F60 ó F62.

F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.

F62.0 Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

F62.1 Transformación persistente de la personalidad tras enfermedad psiquiátrica.

F62.8 Otras transformaciones persistentes de la personalidad.

F62.9 Transformación persistente de la personalidad sin especificación.

F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.0 Ludopatía.

F63.1 Piromanía.

F63.2 Cleptomanía.

F63.3 Tricotilomanía.

F63.8 Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.

F63.9 Trastorno de los hábitos y del control de los impulsos sin especificación.

F64 Trastornos de la identidad sexual.

- F64.0 Transexualismo.
- F64.1 Transvestismo no fetichista.
- F64.2 Trastorno de la identidad sexual en la infancia.
- F64.8 Otros trastornos de la identidad sexual.
- F64.9 Trastorno de la identidad sexual sin especificación.

F65 Trastornos de la inclinación sexual.

- F65.0 Fetichismo.
- F65.1 Transvestismo fetichista.
- F65.2 Exhibicionismo.
- F65.3 Escoptofilia (voyeurismo).
- F65.4 Paidofilia.
- F65.5 Sadomasoquismo.
- F65.6 Trastornos múltiples de la inclinación sexual.
- F65.8 Otros trastornos de la inclinación sexual.
- F65.9 Trastorno de la inclinación sexual sin especificación.

F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.

- F66.0 Trastorno de la maduración sexual.
- F66.1 Orientación sexual egodistónica.
- F66.2 Trastorno de la relación sexual.
- F66.8 Otros trastornos del desarrollo psicosexual.
- F66.9 Trastorno del desarrollo psicosexual sin especificación.

F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

- F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos.
- F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio).
- F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados.

F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79 Retraso mental.

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F78 Otros retrasos mentales.
- F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.0 Trastorno específico de la pronunciación.
- F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje.
- F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje.
- F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner).
- F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación.

F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.

- F81.0 Trastorno específico de la lectura.
- F81.1 Trastorno específico de la ortografía.
- F81.2 Trastorno específico del cálculo.
- F81.3 Trastorno mixto del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.8 Otros trastornos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F81.9 Trastorno del desarrollo del aprendizaje escolar sin especificación.

F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.

F84 Trastornos generalizados del desarrollo.

- F84.0 Autismo infantil.
- F84.1 Autismo atípico.
- F84.2 Síndrome de Rett.
- F84.3 Otro trastorno desintegrativo de la infancia.
- F84.4 Trastorno hiperkinético con retraso mental y movimientos estereotipados.
- F84.5 Síndrome de Asperger.
- F84.8 Otros trastornos generalizados del desarrollo.
- F84.9 Trastorno generalizado del desarrollo sin especificación.

F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.

F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F90 Trastornos hiperkinéticos.
- F90.0 Trastorno de la actividad y de la atención.
- F90.1 Trastorno hiperkinético disocial.
- F90.8 Otros trastornos hiperkinéticos.
- F90.9 Trastorno hiperkinético sin especificación.

F91 Trastornos disociales.

- F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
- F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados.
- F91.2 Trastorno disocial en niños socializados.
- F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositor.
- F91.8 Otros trastornos disociales.
- F91.9 Trastorno disocial sin especificación.

F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.

- F92.0 Trastorno disocial depresivo.
- F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación.

F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

- F93.0 Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.

- F93.1 Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
- F93.2 Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
- F93.3 Trastorno de rivalidad entre hermanos.
- F93.8 Otros trastornos de las emociones en la infancia.
- F93.9 Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F94.0 Mutismo selectivo.
- F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
- F94.2 Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido.
- F94.8 Otros trastornos del comportamiento social en la infancia y adolescencia.
- F94.9 Trastorno del comportamiento social en la infancia y adolescencia sin especificación.

F95 Trastornos de tics.

- F95.0 Trastorno de tics transitorios.
- F95.1 Trastorno de tics crónicos motores o fonatorios.
- F95.2 Trastorno de tics múltiples motores y fonatorios combinados (síndrome de Gilles de la Tourette).
- F95.8 Otros trastornos de tics.
- F95.9 Trastorno de tics sin especificación.

F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F98.0 Enuresis no orgánica.
- F98.1 Encopresis no orgánica.
- F98.2 Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia.
- F98.3 Pica en la infancia.
- F98.4 Trastorno de estereotipias motrices.
- F98.5 Tartamudeo (espasmofemia).
- F98.6 Farfalleo.
- F98.8 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento en la infancia y adolescencia especificados.
- F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o la adolescencia sin especificación.

F99 Trastorno mental sin especificación.